Spina bifida occulta.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Adolf Rosenberg
aus Berlin.

Tag der Promotion: 12. Februar 1921.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

23

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian.

Referenten: Prof. Dr. Köhler.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Auszug.

Die Spina bifida occulta kommt in der grössten Mehrzahl der Fälle in der lumbosacralen Region vor.

Das häufigste und oft das einzig äusserlich wahrnehmbare Symptom ist die Hypertrichosis.

Virchow sah die Hypertrichosis an als eine vermehrte Entwicklung von natürlichen Elementen infolge eines entzündlichen Reizes, der einen aussergewöhnlich starken Haarwuchs herbeigeführt hat.

v. Recklinghausen dagegen meint, dass die Hypertrichosis, da sie angeboren und progressiv ist, als Hyperplasie zu betrachten sei.

Katzenstein weist darauf hin, dass an der Körperoberfläche überall da eine stärkere Ansammlung von Haaren sich vorfindet, wo die Haut in eine Körperhöhle übergeht (z. B. Mund, Ohr, Anus, Scheide). Analoge Verhältnisse haben wir in den Fällen von Spina bifida occulta, wo sich das Ectoderm vom Medullarrohr nicht getrennt hat.

Die Haut zeigt mitunter keine Veränderung, manchmal ist sie gerötet oder narbig. Nach Muskatello trifft das narbige Aussehen der Haut mit der Gegenwart von heterologen Geweben im Wirbelkanal zusammen. In anderen Fällen ist die Haut eingesunken oder durch Gewebsmassen vorgewölbt. Zuweilen findet man auf der Haut Gefässverästelungen.

Der Knochenspalt bei der Spina bifida occulta besteht gewöhnlich in einem Defekt der Processus spinosi und der angrenzenden Teile der Wirbelbögen. Die Zahl der beteiligten Wirbel kann verschieden sein, die Spalte kann sich bis in den normalen Hiatus sacralis fortsetzen.

Pathologisch anatomisch haben die Sektionsbefunde v. Recklinghausen und Ribbert nähere Aufklärung gegeben. Sie fanden den Spalt über der Wirbelsäule durch eine fibröse Deckplatte verschlossen, die eine Oeffnung zeigte.

Das Rückenmark fand v. Recklinghausen verlängert und an einer Stelle eingescheidet durch ein Myofibrolipom, das mit der obengenannten Oeffnung durch einen Strang in Verbindung stand.

Ribbert sah statt einer Hautnarbe eine haselnussgrosse Geschwulst; ein von dieser ausgehender Strang verlief durch den Schlitz in der Deckplatte aufwärts zum Rückenmark.

Histologisch fand Ribbert eine Degeneration des Rücken-

marks besonders des dorsalen Teiles; die Hinterhörner waren weniger betroffen als die Hinterstränge.

Das Entstehen der Spina bifida ist nach Ranke durch das Ausbleiben der Trennung des Hornblatts vom Medullarrohr zu erklären.

Nach v. Recklinghausen ist die Entstehung der Spina bifida occulta so zu denken, dass zuerst ein Sektor des Rückenmarks herausgehoben wurde und hervorragte, später aber von einem entgegenwachsenden Myolipom dem Rückenmark wieder angefügt wurde.

Virchow ist der Ansicht, dass die Spina bifida occulta durch lokale Entzündungsprozesse bedingt sei, die eine Unterbrechung in dem normalen Entwicklungsgang in der Wirbelsäule herbeiführen.

Die klinischen Erscheinungen bei der Spina bifida occulta sind auf Schädigungen des Rückenmarks zurückzuführen.

Man findet sensible und motorische Störungen der unteren Extremitäten, der Blasen- und Mastdarm-Funktion. Häufige Erscheinungen sind Klumpfuss und Plattfuss, ferner Lähmungen der unteren Extremitäten, der Blase (Enuresis nocturna), des Mastdarms. Oft gesellen sich Krümmungsanomalien der Wirbelsäule hinzu, am häufigsten Lordose.

Ferner wird bei Spina bifida occulta congenitale einfache oder doppelte Luxation des Hüftgelenks beobachtet.

Die Hypertrichosis war bereits erwähnt.

Infolge partieller Anaesthesien, die auf die Veränderungen im Rückenmark zurückzuführen sind, entwickelt sich häufig ein Malperforant.

Die obengenannten Erscheinungen fanden sich auch bei den Fällen, die in der Chirurgischen Klinik der Charité Berlin (Geheimrat Hildebrand) in den Jahren 1904—1920 zur Beobachtung kamen. Es waren im ganzen 6.

Die Diagnose macht meist keine Schwierigkeiten, in zweifelhaften Fällen gibt die Röntgenplatte Aufschluss. Von einer Behandlung sieht man ab, wenn Symptome fehlen.

Für einen chirurgischen Eingriff eignen sich die Fälle bei denen die Störungen infolge von Druck oder Zug auf das Rückenmark entstanden sind. Man spaltet die Membran, die den Defekt überbrückt und entfernt den Verbindungsstrang. Bei schweren Veränderungen des Rückenmarks kommt nur symptomatische Behandlung in Frage.

Die Prognose der Spina bifida occulta ist günstig, wenn sie keine Symptome macht, ungünstig, wenn trophische Störungen bestehen.